CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉOPLASMES DE L'ESTOMAC

DU CANCER CONJONCTIF SOUS-MUQUEUX

Par le Dr J. GARREL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉOPLASMES DE L'ESTOMAC

DU CANCER CONJONCTIF SOUS-MUQUEUX

PAR

Le Docteur J. GARRET

MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE

Lyon, Association typographique, rue de la Barre, 12. — F. Plan, directeur.

A MON PÈRE

Je dédie cet essai en témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Notre thèse a pour base principale l'étude histologique d'une pièce présentée à la Société des sciences médicales de Lyon (1), au mois de janvier 1890, par M. Destot, interne des hôpitaux, pièce appartenant à un malade mort dans la service de M. le professeur agrégé Weill. Il s'agissait d'un estomac présentant une tumeur, un cancer en nappe, suivant l'expression de M. Weill, infiltré entre les tuniques musculaire et muqueuse. Aucune contestation ne s'éleva au sujet de la nature cancéreuse de la lésion.

M. le professeur agrégé Bard pensait qu'il s'agissait d'une tumeur d'origine sous-épithéliale, probablement musculaire. M. le professeur Tripier, tout en admettant le diagnostic de cancer, rappelait que certaines tumeurs épithéliales peuvent présenter le même aspect d'infiltration sous-muqueuse, et par suite, qu'il fallait attendre l'examen histologique avant

(1) Soc. des scien. méd., janvier 1890.

d'admettre une exception aussi rare que le serait une tumeur non épithéliale. Cet examen a été fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine par M. Bard, qui, ne trouvant que des éléments identiques à ceux que l'on rencontre dans les tumeurs de nature purement conjonctive, élimina l'idée d'une tumeur épithéliale, tout en acceptant celle d'une néoplasie maligne, comme l'aspect microscopique et l'évolution clinique l'avaient déjà fait admettre.

Tel est le cas que M. Bard nous proposa d'exposer et de discuter dans notre travail inaugural. Ce maître nous conseilla en outre de rechercher dans la littérature médicale les cas semblables, de voir si son idée personnelle, consistant essentiellement à reconnaître au tissu connectif sous-muqueux du tube digestif la possibilité de donner naissance à des tumeurs, comme le tissu conjonctif des autres organes, pourrait leur servir d'explication, et d'édifier, dans les limites du possible, une histoire clinique de cette affection.

Pour arriver au but proposé, la difficulté était grande; nous avions à étudier une affection rare, à analyser des observations souvent anciennes, presque toujours trop superficielles et incomplètes ; à compulser beaucoup, pour trouver peu de documents. Laissé à nos propres forces, nous n'aurions pu avancer aisément dans cette voie difficile, si nous n'avions eu en M. Bard un guide bienveillant pour qui nous gardons une reconnaissance profonde.

Nous devons aussi remercier M. le professeur

agrégé Weill, pour son amabilité et son empressement à nous communiquer les observations de son service.

Nous n'aurions garde, au terme de nos études, d'oublier dans nos remercîments M. le médecin-major Catrin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, et M. le médecin-major Lemoine, répétiteur à l'École du service de santé militaire. Les marques d'intérêt qu'ils nous ont prodiguées ne s'effaceront pas de notre souvenir.

Division du sujet. — Nous nous proposons de dégager du chapitre si obscur des maladies chroniques de l'estomac, une affection ayant pour nous des caractères assez nets pour qu'on puisse lui accorder une individualité propre, et de la placer dans le groupe des néoplasmes de cet organe.

Dans la première partie de notre exposition, nous indiquerons la place que la lésion doit occuper dans le cadre nosologique ; nous relaterons les noms sous lesquels les faits qui s'y rapportent ont été étudiés, et les opinions émises par les divers auteurs sur sa pathogénie et sa nature.

Puis nous exposerons le fait qui nous a conduit à entreprendre ce travail, et nous discuterons la nature de la lésion trouvée, en nous aidant de nos recherches.

Dans une seconde partie, nous essayerons d'établir, à l'aide d'observations anciennes, une symptomatologie de cette affection, sans nous dissimuler les nombreux desiderata que comportera cette partie de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

I

La maladie que nous étudions offre, comme caractéristique anatomique macroscopique (pour nous servir des termes employés par les auteurs), un épaississement considérable de la sous-muqueuse de l'estomac.

Telle est la lésion primordiale ; la muqueuse peut être altérée ; la couche musculeuse et le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent être envahis, mais toujours secondairement.

Les faits de cette nature ont été décrits sous des noms très divers. Si nous consultons l'article de M. Albert Mathieu (1), nous trouvons l'affection mentionnée sous le nom de gastrite scléreuse hypertrophi-

(1) *Path. interne* de Charcot, Bouchart, Brissaud, t. III.

que, terme que l'auteur emprunte à MM. Hanot et Gombault (1). M. Hayem (2) l'appelle une gastrite chronique interstitielle à tendance hypertrophique. Si nous recourons à Brinton (3), nous trouvons notre lésion étudiée dans le chapitre de la linite plastique. Les synonymies sont encore plus nombreuses : Handfield Jones (4) l'appelle : Induration fibroïde ; Snellen la nomme sclérose (sclerosis). Enfin, Wilson Fox (5) adopte le titre d'hypertrophie. Cette dernière expression est presque constamment employée par les auteurs français.

Est-ce à dire que, pour nous, toutes les gastrites scléreuses hypertrophiques, toutes les linites plastiques, toutes les scléroses de l'estomac, sont des affections cancéreuses ? Non. Nous estimons que sous ces noms divers les auteurs ont rangé des lésions, les unes inflammatoires, les autres néoplasiques : ce sont de ces dernières seules que nous nous sommes occupé.

Il est évidemment très difficile de faire la part de ce qui revient aux lésions inflammatoires et aux cancers, dans des cas qu'on n'a pas observés soi-même, et qui ont été étudiés par des auteurs non prévenus. Les faits nouveaux permettront seuls de le faire d'une manière efficace.

La difficulté se trouve encore accrue par ce fait,

(1) *Archives de physiologie*, t. IX, p. 412.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1892, n°s 33 et 34.

(3) Brinton. *Traité des maladies de l'estomac*. Traduction Riant, 1870.

(4) Handfield Jones. *Diseases of the stomach*, London, 1854.

(5) Wilson Fox. *Hypertrophy of the Walls of the stomach*, dans l'*Encyclopédie* de Reynolds.

qu'il existe des formes spéciales de cancer épithélial débutant par la partie profonde des culs-de-sac glandulaires et qui se diffusent en s'étalant en nappe dans le tissu sous-muqueux. De sorte qu'à l'autopsie, il importe de distinguer le cancer conjonctif sous-muqueux, non seulement des inflammations à tendance hypertrophique, mais encore de cette forme spéciale de cancer épithélial. Toutefois, un examen histologique seul permet de différencier avec certitude les faits de cette nature des cas dont nous nous occupons.

De plus, quoique le fait soit beaucoup plus rare, M. Bard admet l'existence de tumeurs musculaires avec lesquelles la confusion a pu encore être faite.

II

Avant d'établir les raisons qui nous ont permis d'affirmer dans notre cas, la nature cancéreuse de l'épaississement de la tunique sous-muqueuse de l'estomac, il nous paraît intéressant de donner les diverses opinions qui se trouvent à ce sujet chez les auteurs.

Avant Andral, on fait rentrer la lésion dans le groupe des cancers, mais sans préciser sa vraie nature.

Andral (1) donne une bonne description du néo-

(1) Andral. *Précis d'anat. path*, t. I.

plasme, mais pour lui c'est une hypertrophie cellulaire pure et simple, absolument distincte du cancer. Il note la fréquence de la tumeur dans la portion stomacale qui avoisine le pylore.

Wilson Fox (1) revient aux idées anciennes. Il appelle la lésion « une forme de cancer de l'estomac » ; il combat l'idée d'Andral, surtout il ne veut pas que le tissu envisagé soit « un produit d'inflammation chronique ».

Bruch (2) et Bricheteau (3) sont du même avis qu'Andral.

Pour Cruveilhier (4), l'hypertrophie se différencie du squirrhe par l'absence du suc cancéreux.

Hughues Bennet (5) confirme les idées d'Andral.

Handfield Jones (*loc. cit.*) et Habershon séparent nettement cette hypertrophie des lésions inflammatoires.

Brinton (6), qui décrit la lésion d'une façon très complète et très claire, la donne comme le résultat d'une exsudation occupant le tissu aréolaire de l'estomac, qui se transforme en un tissu fibreux (analogue, mais non identique à celui des tumeurs conjonctives adultes) C'est quelque chose de très analogue à la prolifération conjonctive dans les cirrhoses du foie, mais ce n'est pas un cancer. Cepen-

(1) Wilson Fox. *Hypertrophy of wals of stomach*, in *Encyclopédie* de Reynolds.

(2) *Zeitsch. Rat. Med.*, 1849.

(3) Bricheteau. *Cliniques de l'hôpital Necker.*

(4) Cruveilhier. *Anat. path.*, t. III, p. 25.

(5) H. Bennet. *Cancerous and cancroid's grouths*

(6) Brinton. *Loc. cit.*

dant les analogies sont nombreuses ; on peut rencontrer entre autres éléments une quantité considérable de cellules qui formeront plus tard en se développant les fibres de ce qu'il appelle la tumeur cirrhotique et qu'il est presque impossible de ne pas confondre avec les cellules fusiformes du squirrhe ; mais malgré tout on ne peut conclure à une véritable identité.

Charles Robin (1), examinant un cas du même genre provenant du service de Trousseau, donne la lésion comme une hypertrophie fibreuse, du tissu fibro-élastique sans traces de productions hétéromorphes.

Snellen (2) distingue l'hypertrophie sous-muqueuse du carcinome. Pour lui, c'est une sclérose de nature inflammatoire.

Louis admet comme pathogénie ordinaire avec Forster (3) et Rokitanski (4) la gastrite chronique ; d'autres fois, l'hypertrophie succède évidemment à un obstacle siégeant au pylore (cancer, polype, rétrécissement inflammatoire) ; les vomissements répétés peuvent aussi la produire ; la péritonite chronique doit également, dans certains cas, entrer en ligne de compte.

Fauvel, dans une observation que nous résumons plus loin, incrimine la cachexie syphilitique.

Barth nie que l'affection soit un cancer, parce qu'il n'a pas vu de vomissements noirâtres (cas de Bérault,

(1) Ch. Robin. *Cliniques de Trousseau*, t. III.
(2) Snellen. *Canstatt Jahrberisch*, 1858.
(3) Forster. *Anat. path.*, 1871.
(4) Rokitanski. *Anat. path.*, 1859.

voir tableau II) ; il admet la guérison de cette maladie.

Hersent (1) pense que l'inflammation seule peut amener une hypertrophie aussi considérable des diverses membranes de l'estomac et de l'intestin.

Nathalis Guillot (2) fait observer que le nombre des artères gastriques l'emportant sur celui des veines, cette disposition peut bien être la cause, d'une part, de la grande tendance à végéter des cancers de l'estomac et de la fréquence relative dans cet organe de l'hypertrophie cellulaire.

Macquet (3) fait entrer en cause l'innervation du viscère et l'exercice exagéré de la fonction motrice; cependant, il note le peu de fréquence de cette altération chez les ivrognes.

Lebert (4), dans l'examen d'un cas de cancer conjonctif, donne comme différence caractéristique entre cette lésion et ce qu'il regarde comme le véritable cancer, la durée de la maladie (treize mois d'une part pour le cancer épithélial; quatre, cinq et dix ans pour l'hypertrophie).

Enfin, M. A. Mathieu (5) assure que c'est de la sclérose.

(1) Hersent. *Bull. Soc. anat.*, 1844, p. 79.
(2) N. Guillot. *Id.*
(3) Macquet. *Bull. Soc. anat.*, 1848, p. 49.
(4) Lebert. *Bull. Soc. anat.*, 1849, p. 118.
(5) Mathieu. *Loc. cit.*

III

Le cas inédit sur lequel se base principalement notre manière de voir est malheureusement un peu incomplet au point de vue clinique; par contre, l'examen histologique a pu en être fait dans d'excellentes conditions.

Avant d'entrer dans la discussion, nous relatons les quelques détails que nous possédons sur le malade, tels que nous les devons à la bienveillance de M. le professeur agrégé Weill.

Hôpital Saint-Pothin, salle Saint-Jean, lit n° 8.

J... (François), maçon, âgé de 61 ans, entré le 24 décembre 1889, décédé le 27 janvier 1890.

Pas d'antécédents pathologiques remarquables. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade avait constaté sur lui-même l'existence d'une tumeur abdominale très douloureuse, sans signes antérieurs. Depuis cette époque, les troubles gastriques, dont il s'était peu préoccupé jusque-là, devinrent de plus en plus accentués.

Il présentait cette particularité : en se courbant en deux et en avant, il pouvait, après ses repas, faire remonter ses aliments jusqu'à sa bouche, instituant en quelque sorte un méricisme à volonté.

La tumeur était volumineuse, occupait toute la région épigastrique, et donnait à la palpation la sensation d'un sac à parois solides inclus dans l'abdomen. M. Weill porta le diagnostic du cancer de l'estomac.

Le malade, amélioré, put quitter l'hôpital pendant quelque temps. Lors de sa rentrée, les symptômes dyspeptiques

avaient reparu, plus accentués que jamais; on notait de l'inappétence, mais pas de vomissements proprement dits, plutôt de la régurgitation ; jamais d'hématémèse ; cachexie prononcée. Le malade se trouvait en cet état quand une pleurésie purulente précipita le dénoûment.

A l'autopsie, on trouva un estomac dont les parois étaient épaissies (2 cent. et demi environ); rien de notable du côté de la muqueuse, du moins à l'aspect macroscopique. La tunique sous-muqueuse était remplacée par un tissu dur, sec, ne fournissant pas de suc par le raclage, et « formant comme un manchon doublant l'estomac ». La séreuse péritonéale était indemne ; mais la tête du pancréas et les ganglions prévertébraux étaient envahis. Leur examen histologique n'a pas été fait, mais leur existence et leur rapport avec la lésion gastrique sont affirmés par M. Weill.

Examen microscopique. — Sur la coupe perpendiculaire à la surface, on constate que la muqueuse a été à peu près détruite par l'invasion du tissu néoplasique sous-jacent. On constate encore la muscularis mucosæ, discontinue, par le fait de sa dissociation par le néoplasme ; au-dessus d'elle, on ne rencontre plus de glandes, si ce n'est quelques rares culs-de-sac, et le tissu est constitué par des cellules identiques à celles que l'on rencontre dans la couche sous-muqueuse que nous décrirons plus loin.

A l'autre extrémité de la préparation, la tunique musculaire est très apparente, nettement hypertrophiée ; elle présente de plus un élargissement de ses espaces interstitiels, et par places même, des interruptions liées à l'envahissement du néoplasme.

La tunique sous-muqueuse occupe un peu plus des deux tiers de la hauteur; elle est en continuité intime avec la tunique musculaire, dont une limite nette la sépare en apparence, mais à laquelle elle est reliée par sa continuité avec les espaces interstitiels.

Du côté de la muqueuse, l'union est plus intime encore, la muqueuse étant détruite et envahie, et les limites n'étant plus marquées par la muscularis mucosæ. Elle est constituée par d'innombrables cellules, dont le type est très nettement caractérisé par l'aspect de leur noyau plus encore

que par leur protoplasma, dont les limites sont difficiles à apprécier. Les noyaux sont vivement colorés en rouge par le carmin ; leur coloration est uniforme, sans pointillé. Ces noyaux présentent tous une forme un peu allongée en bâtonnets ; un grand nombre paraissent ronds, mais ne doivent cet aspect qu'à leur section perpendiculaire à leur axe. Dans l'intervalle des noyaux, on aperçoit quelques fibres conjonctives peu nombreuses, à morphologie peu distincte, et constituées plutôt par des amas de substance conjonctive un peu diffuse que par de véritables fibres. De plus, on rencontre un plus grand nombre de fibrilles ou de grains élastiques de conformation imparfaite, mais reconnaissables à leur aspect et à leur coloration ébauchée par l'acide picrique.

L'aspect du néoplasme est à peu près uniforme dans toute l'étendue de la préparation. Il existe cependant des îlots où les cellules sont plus jeunes et plus rondes, et ne présentent presque pas de formation intercellulaire, tandis que sur d'autres points les fibres, un peu plus nombreuses et un peu mieux conformées, séparent les noyaux cellulaires, moins nombreux et plus allongés.

Ces cellules ne présentent aucune orientation déterminée, et sont dirigées dans les sens les plus divers. Par places, un certain nombre présentent une sorte de parallélisme et un aspect un peu fasciculé ; mais ces faisceaux sont peu étendus, se perdent rapidement dans le tissu ambiant et ne présentent eux-mêmes aucune orientation uniforme. Nulle part, on ne rencontre de tissu cicatriciel, de sclérose organisée, non plus que d'îlots à tendance suppurative pouvant être considérés comme des abcès biliaires.

On ne trouve nulle part incluses dans ce tissu de cellules épithéliales même embryonnaires. On n'y rencontre pas non plus de vaisseaux, par suite ni endartérite, ni périartérite.

L'aspect est tout à fait semblable dans son ensemble à celui que l'on rencontre dans les tumeurs sous-cutanées ou intra-musculaires, que l'on désigne dans les classifications ordinaires sous le nom de sarcomes fusiformes (1).

(1) M. Bard a eu l'occasion d'examiner d'autres pièces anatomo-pathologiques similaires, que nous n'avons pu utiliser, parce que les

IV

Nous sommes persuadé que si, après la séparation des deux tuniques, on présentait la préparation microscopique, aucun histologiste n'hésiterait à faire le diagnostic de sarcome fusiforme.

Dans cette manière de voir, nous nous trouvons attribuer au tissu conjonctif sous-muqueux du tube digestif les propriétés que tout le monde s'accorde à reconnaître au tissu conjonctif des organes périphériques. Les cellules connectives de l'estomac peuvent évoluer dans un sens néoplasique non moins que ses cellules épithéliales et musculaires (1). La loi de la spécificité cellulaire existe pour cet organe comme pour les autres. D'après cette loi, tous les tissus peuvent donner naissance à des cancers « par la prolifération des cellules qui leur appartient en propre. Tous possèdent leurs formes embryonnaires, aussi spécifiques que leurs formes adultes, moins bien caractérisées, et plus difficiles à reconnaître, mais qu'une étude attentive permet cependant de discerner. La cellule indifférente n'existe pas (2). »

observations cliniques ne nous appartenaient pas. Dans les faits auxquels nous faisons allusion, le diagnostic clinique avait été celui de cancer de l'estomac; à l'autopsie, on avait admis une linite plastique.

(1) Ranvier. *Myome de l'estomac.*

(2) Bard. *Loc. cit.*

Nulle part cette notion, indispensable à connaître, ne nous a semblé plus utile pour éclairer des recherches anatomo-pathologiques, et permettre d'en apprécier et d'en interpréter les détails.

A priori donc, on devait s'attendre à trouver dans l'estomac des tumeurs conjonctives. Restait à déterminer quelles elles étaient et à quels faits cliniques elles pouvaient correspondre. C'est à cette question très précise que nous répondons en partie.

Il est facile de voir à la lecture des faits antérieurs que beaucoup d'auteurs ont eu sinon une vue exacte, du moins ont reconnu quelque chose d'anormal, ne s'expliquant pas par l'inflammation chronique.

« On se rappelle, disent MM. Hanot et Gombault, que des auteurs anglais les plus considérables s'accordent à éloigner ces lésions (l'épaississement des parois stomacales) du cadre de l'inflammation, du groupe des gastrites. C'est là, à leurs yeux, une dégénérescence de la sous-muqueuse, intermédiaire en quelque sorte entre l'inflammation de la muqueuse et les néoplasies malignes, une façon de fibrome étalé. » Ceux qui ne vont pas jusqu'à l'idée d'un néoplasme, accordent néanmoins que la lésion est « sans filiation évidente avec un processus antérieur », inflammatoire ou cancéreux épithélial.

La confusion avec une inflammation chronique serait difficile à éviter, si l'on était en présence d'une tumeur bénigne : « les fibromes, dit M. Bard (1), sont souvent difficiles à distinguer histologiquement des

(1) Bard. *Loc. cit.*

hypertrophies inflammatoires du tissu conjonctif lui-même. » Mais cette distinction n'est pas impossible.

Dans le cas présent, il est aisé de se rendre compte que l'on n'est pas en présence d'une sclérose inflammatoire hypertrophique.

Sans doute, il existe de ces hypertrophies conjonctives considérables dues à une inflammation chronique ; cela n'a rien qui puisse étonner, quand il s'agit du tissu le plus vivace de l'économie; mais il existe alors une cause première d'inflammation qui a entraîné à sa suite celle du tissu connectif, inflammation des vaisseaux, des séreuses, pour ne citer que ces deux cas. Ici, la muqueuse stomacale ne saurait être en cause, les lésions de celle-ci sont nettement consécutives au travail néoplasique sous-muqueux. Dans nombre de cas semblables nous l'avons trouvée indemne; or « la phlegmasie sous-muqueuse ne saurait se concevoir isolée sans modification correspondante de la muqueuse (1). » Comme la muqueuse est souvent inaltérée, la lésion du tissu sous-muqueux n'est donc pas d'ordre inflammatoire.

A propos d'une hypertrophie considérable de la sous-muqueuse de l'estomac et du côlon transverse (Salse, *Bulletin de la Soc. anat.*, 1844, p. 79), on fait remarquer que si l'inflammation avait pu déterminer une aussi grande hypertrophie de l'intestin et de l'estomac, il faudrait convenir qu'elle aurait agi d'une façon bien capricieuse, se transmettant à des parties

(1) Hanot et Gombault. *Loc. cit.*

qui n'ont entre elles d'autres rapports que ceux de la position et non de la continuité.

Handfield Jones, pour qui la lésion primitive, essentielle, consiste comme pour nous dans ce qu'on appelle actuellement la sclérose hypertrophique des tissus sous-jacents à la membranne muqueuse, dit : « J'ai vu si souvent les lésions les plus diverses de la muqueuse stomacale exister sans un tel épaississement des parois de l'organe, que je ne puis admettre qu'il y ait le moindre rapport entre ces deux ordres d'altérations. » Mais il s'égare quand il ajoute : « On est en présence d'un accroisement pur et simple du tissu préexistant, se produisant en vertu des procédés ordinaires de la nutrition ». Nous ne voyons pas nettement le comment et le pourquoi de ces procédés de nutrition ; on comprend l'hypertrophie des fibres cardiaques par hyperactivité fonctionnelle, celle du tissu conjonctif de l'estomac, organe de sécrétion et de mouvement, ne s'explique pas autrement que par l'idée d'un néoplasme, d'ailleurs si naturellement.

Habershon émet des idées semblables. Il admet une dégénérescence fibroïde de la sous-muqueuse, consécutive à l'inflammation chronique de la muqueuse ; puis à côté de celle-ci, une altération d'aspect semblable, mais débutant dans le tissu cellulaire sous-muqueux, la muqueuse restant intacte.

D'une part donc, nous constatons l'identité d'aspect entre notre tumeur et le sarcome fusiforme ; d'autre part, l'absence d'un point de départ inflammatoire pouvant expliquer le processus hypertrophique de la sous-muqueuse. Nous avons devant nous

une production spéciale « une masse constituée par un tissu de nouvelle formation ayant la tendance à persister et à s'accroître, et de plus étrangère à tout travail inflammatoire proprement dit (1) ». Nous rentrons bien dans ces faits « d'hyperplasie indéfinie par le fait d'une anomalie spéciale, d'une sorte de monstruosité du développement des tissus (2) ».

Une confirmation de notre manière de voir se trouve dans l'état des ganglions; ceux-ci sont quelquefois atteints (3); de plus, une partie des autres extensions cancéreuses peut se rencontrer comme dans le cancer épithélial, mais bien moins fréquemment; le foie peut être envahi par le tissu néoplasique, comme aussi le pancréas, le péritoine et l'intestin. Cette généralisation a une physionomie, une allure spéciale; elle ne semble pas procéder par colonies lointaines, par noyaux isolés, mais plutôt par infiltration progressive. Cela tient, sans doute, à ce que toute tumeur, non seulement tire son origine d'une cellule de même type de l'organisme normal, mais encore « emprunte aux propriétés spécifiques de sa cellule fondamentale toutes les particularités de sa structure et de son influence sur l'organisme (4) ».

De même, pour nous, la rétro-péritonite calleuse de MM. Hanot et Gombault n'est qu'une extension du processus néoplasique. Pour expliquer la nature

(1) Heurtaux.
(2) Bard. *Loc. cit.*
(3) Cas de MM. Hanot et Gombault. Notre cas.
(4) Bard. « Anat. générale des tumeurs ». *Archives de phys.*, 1885.

de cette lésion, ces auteurs invoquent une sorte de diathèse nouvelle, un sclérème interne, analogue au sclérème sous-cutané : il ne nous est pas possible d'admettre autre chose qu'une généralisation.

En réalité, on se rend compte que les auteurs qui précèdent sont bien près de rapprocher la lésion du cancer, et qu'ils ne sont arrêtés que par une sorte d'idée *à priori* que tout cancer de l'estomac doit être de nature épithéliale. Nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau sur l'inexactitude de cette notion générale.

DEUXIÈME PARTIE

I

Dans la seconde partie de notre travail, nous avons songé à mettre à profit les cas rencontrés dans nos recherches et à rapprocher les observations trouvées, ce qui, nous le croyons, n'a pas encore été fait.

Cet essai de symptomatologie aura plusieurs causes d'imperfection ; outre que les cas publiés ne sont pas nombreux, nous n'avons pu nous les procurer tous. Parmi les faits que nous avons pu recueillir et étudier, beaucoup sont loin d'avoir la clarté désirable pour une étude clinique complète ; les détails cliniques manquent souvent. Dans toutes les observations, le diagnostic n'a pas été fait pendant la vie ; la plupart du temps on a pensé à un cancer épithélial, ou à une gastrite chronique, quand on ne trouvait pas de tumeur appréciable ; d'autres fois, on a diagnostiqué une péritonite, une maladie de foie ou même une hernie de la ligne blanche.

Pour avoir une base aussi solide que possible, nous n'avons accepté pour notre étude clinique que les observations dans lesquelles un examen histologique est rapporté, mais sans nous dissimuler la possibilité d'une confusion même au microscope.

Nous avons été amené ainsi à dresser deux tableaux ; dans les observations du premier, le diagnostic a été contrôlé par l'étude microscopique.

Nous donnons un second tableau, mais surtout à titre de complément bibliographique ; il est probable que l'on a affaire là encore, dans quelques cas tout au moins, à des cancers conjonctifs ; mais comme un doute plane par le fait de l'absence d'histologie pathologique, nous préférons les écarter ; les symptômes qu'on y relate pourront servir au clinicien, mais nous ne nous en portons pas garant.

TABLE

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
Observation I Trousseau. Article « gastrite chronique » des *Cliniques,* t. III, p. 74 de l'édition de 1873.	H.	50	Vomissements alimentaires répé Amaigrissement prononcé en t mois. Constipation opiniâtre. Jan de fièvre. Pas de teint cachectiqu la fin de la vie, vomissements mél ques. A la palpation épigastrique, tement dans la profondeur pendant inspirations profondes.
Observation II Pilliet. « Cas de sclérose sous-muqueuse avec hypertrophie musculaire de la portion pylorique de l'estomac » (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, octobre 1889, p. 538.)	H.	Vieillard.	Faiblesse générale, dyspepsie a marquée pour que, en l'absence de meur épigastrique et de vomisseme on pût diagnostiquer : cancer de l tomac.
Observation III Snellen « Sclérose de l'estomac. » (Article de la *Lancette néerlandaise*, reproduit par le *Canstatt Jahrberich*, 1856, traduit par le Dr Legrand.)	H.	52	Vomissements immédiatement a l'ingestion des aliments. Douleur reins et dans le dos. Tuméfaction main) de toute la région épigastri Faiblesse progressive. Inappéte Œdème des jambes et ascite.

IAGNOSTIC DURANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
arcinome de l'estomac.	Pas indiquée, mais marche rapide.	Estomac diminué de volume. Hypertrophie *musculeuse* (macroscopiquement); 2 centimètres et demi d'épaisseur par endroits pour l'ensemble des parois; la muqueuse paraissait détruite. Diagnostic histologique de Ch. Robin : Hypertrophie *fibreuse* avec destruction presque totale de la muqueuse, mais pas trace de tissu hétéromorphe.
Cancer.	Mort quelques jours après l'entrée à l'hôpital.	Hypertrophie de la portion sous-muqueuse de l'estomac, au voisinage du pylore. Muqueuse légèrement épaissie, avec deux ou trois petites ulcérations cupuliformes. Rétrécissement pylorique. Rien du côté de l'épiploon, du péritoine et du foie. *Histologie.*— Dans le derme muqueux, infiltration de cellules rondes, étoilées ou fusiformes. Un peu d'hypertrophie glandulaire. La muqueuse reste mobile sur les plans profonds. Tissu musculaire hyperplasié; aspect d'un fibromyome de l'utérus. Nulle part, trace d'amas de cellules épithéliales. *Diagnostic.*— Linite plastique pure.
	2 ans.	Hypertrophie sous-muqueuse des parois stomacales, au voisinage du pylore. Dans la muqueuse, altérations de gastrite chronique. A l'examen microscopique : tissu compact, fibreux. Hypertrophie des fibres musculaires enclavées dans la tumeur fibreuse.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
OBSERVATION IV CARRIÈRE. « Hypertrophie partielle des parois de l'estomac. » (*Bull. Soc anat.*, avril 1864, p. 163. et *id.* mai 1864, p. 238)	H.	52	Vomissements aqueux presque c tinuels; dyspepsie. Souffrances dai région épigastrique. Pas de tun appréciable à la palpation. Rachitis Inappétence. Amaigrissement noncé. Douleurs dans le dos e région lombaire.
OBSERVATION V WILKS. (*Pathologic. Soc med. trans.*, t. VIII, cité par MM. Hanot et Gombault.)	F.	44	Douleurs abdominales; tympanis ascite, puis amélioration. Enfin pér nite et mort. *Alcoolique.*
OBSERVATION VI HANOT et GOMBAULT. « Étude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse. » (*Archives de physiologie*, t. IX, p. 410.)	H.	45	Aspect cachectique. Œdème coi dérable des membres inférieurs. P progressive des forces. Perte de l'ap tit. Jamais de vomissements alim taires. Diarrhée. Vomissement de s une seule fois. Ni syphilis, ni alcoo me.

IAGNOSTIC URANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
	2 ans.	Hypertrophie sous-muqueuse, musculeuse et sous-séreuse des parois de l'estomac. Muqueuse normale. Traces de péritonite ancienne. Au microscope (Cornil) : rien que tissu musculaire fibreux, sans élément hétérogène.
ncer du péritoine.	Quelques semaines.	Hypertrophie des tuniques stomacales (sous-muqueuse, musculaire et sous-péritonéale). Idem pour l'intestin. L'examen microscopique indique que cette hypertrophie n'est due qu'à du tissu fibreux. Rien au foie, ni dans les autres organes abdominaux.
	1 an.	Adhérences fibreuses de l'estomac avec les organes voisins. Induration de la région pylorique et de la petite courbure. Capacité de l'estomac légèrement diminuée. L'hypertrophie est disposée en anneau autour du pylore ; de cet anneau part une bande fibreuse, allant au cardia par la petite courbure. Muqueuse stomacale altérée, surtout au niveau de l'épaisissement. Hypertrophie maximum = 2 centimètres. Hypertrophie de la couche musculeuse et celluleuse rétro-péritonéale. Brides et granulations fibreuses dans le méso-côlon transverse. Un certain nombre de ganglions grisâtres, petits et durs. — Hile du foie occupé par un tissu conjonctif dense. Un tissu cellulaire

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
OBSERVATION VII LEUDET. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 128, paragraphe 16)	F.	60	Vomissements. Pas d'hématém[e] Teinte cachectique jaunâtre. Tum[eur] pylorique à la palpation.
OBSERVATION VIII LEUDET. « Hypertrophie simple des parois de l'estomac. » (*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 145.)	H.		Vomissements. Pas de sensation [de] tumeur épigastrique. Amaigrissem[ent] progressif.
OBSERVATION IX HARE. (*Path. Soc. med. transact.*, t. IV, citation de Hanot et Gombault.)	F.	33	Douleurs épigastriques; vomis[se]ments de plus en plus fréquents, a[vec] périodes de disparition de ce symptô[me]

AGNOSTIC URANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
		induré englobe la partie gauche et postérieure du duodénum. — Dans le tissu hépatique, on note un élargissement notable des espaces périlobulaires, formant des îlots arrondis de tissu conjonctif adulte, qui restent pour la plupart isolés les uns des autres. *Histologiquement*, dans l'estomac, on a un épaisissement avec transformation fibreuse du tissu conjonctif parti de la sous-muqueuse. — La muqueuse est malade partout, mais principalement au niveau de l'induration.
Cancer.		Tumeur dans la sous-muqueuse de l'estomac, enkystée, soulevant au dehors les fibres musculaires. Pas d'ulcérations dans la muqueuse. Dans l'utérus, tumeur pédonculée ; d'autres très nombreuses dans les parois utérines — Toutes ces tumeurs ont été reconnues fibreuses au microscope.
		Tunique musculeuse de l'estomac hypertrophiée au niveau du cardia, qui est rétréci. Pylore sain. Rien de noté du côté de la muqueuse. *Examen microscopique* (Leudet et Robin).— La tumeur ne contient pas d'éléments cancéreux.
Cancer de la rate.	5 ans.	Estomac très épaissi et quelque peu diminué de volume. Muqueuse saine, sauf en quelques points.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
			Tumeur avec battements de la rég splénique.
OBSERVATION X PILLIET et SAKORRAPHOS. « Gastrite sous-muqueuse hypertrophique avec rétro-péritonite calleuse. » (*Bull. Soc. anat.*, 1892.)	H.	31	Mauvaises digestions antérieu ment. Anorexie allant en augment Pas de vomissement, un peu d'asc qui prend bientôt de grandes prop tions. Très rapidement, amaigris ment extrême et facies cachectiq Douleur fixe au côté droit. Urines res. Œdème des pieds.

…GNOSTIC …ANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
		Sous-muqueuse très épaisse, ne contient que du tissu fibreux (examen microscopique du professeur Beale). Rien aux ganglions. Tumeur ombilicale sous-dermique de nature fibreuse.
Maladie de foie. …éritonite tu- …rculeuse.	3 mois 1/2.	L'estomac forme une masse soudée au diaphragme et aux organes voisins. A droite, adhérence avec fragment étendu d'intestin. Là, entre muqueuse gastrique et intestinale, épaisseur de 6 centimètres de tissu blanc, durs, à bourbillons fibreux. (Pas de suc par le raclage.) Muqueuse épaissie, mamelonnée; pas d'ulcérations. A la coupe, maximum d'épaisseur de la paroi dans le voisinage du pylore. Les trois tuniques sont hypertrophiées; la musculaire est coupée par des tractus conjonctifs blancs. La couche péritonéale est la plus épaisse : tissu fibreux, blanc, adhérent. A l'examen microscopique : muqueuse exhaussée par prolifération de sa couche profonde, où petites cellules rondes et fusiformes englobent des follicules clos. La muscularis mucosæ a disparu. Dans la sous-muqueuse, nappe abondante et large de tissu fibreux, riche en cellules fusiformes et étoilées. Au-dessous des muscles, on rencontre de nouveau ce tissu isolé. Mêmes lésions dans le côlon. Lésions de même ordre dans le foie, la rate, le pancréas.

II

Historique. — On ne trouve guère que Brinton qui se soit occupé de dégager un ensemble de symptômes pouvant donner l'idée d'un type clinique. La grande majorité des traités des maladies de l'estomac n'en font pas mention ; les rares auteurs qui en parlent se contentent d'une énumération vague de quelques symptômes ; on y cherche vainement un groupement précis de signes de nature à montrer la physionomie clinique de la maladie et à en permettre le diagnostic.

« Dans la majorité des cas, dit Brinton, la lésion ne s'annonce par aucun symptôme pendant la vie et on ne la découvre qu'après la mort déterminée par une autre maladie ; quand elle est étendue, on peut avoir la sensation d'une tumeur à l'épigastre, mais le phénomène date de dix ou quinze ans, et se montre à l'âge de vingt ou trente ans. »

Dans une autre forme, on ne trouve que des symptômes de gastrite chronique, dès le début.

Dans les cas les plus fréquents, ces signes semblent dériver en majeure partie de l'altération secondaire de la tunique musculeuse (rétrécissement de la valvule pylorique, dilatation et obstruction de l'estomac) ; il y a des vomissements remarquables par leur extrême fréquence : « l'hématémèse se montre aussi très fréquente et très abondante, sous l'influence

bien évidente, à l'autopsie, d'une simple congestion de la muqueuse irritée par la présence de la tumeur. » Brinton ajoute : « J'ai été frappé particulièrement de la rareté de l'ascite et de l'hydropisie généralisée. »

Dans l'article de M. Albert Mathieu (1), on lit : « Les symptômes sont à peu près ceux du cancer de l'estomac ; on y trouve la cachexie et les troubles digestifs ; il peut même y avoir des hématémèses ; enfin on peut trouver une tumeur épigastrique. ».

Étiologie. — Brinton et Lebert accordent une importance considérable à l'âge du malade (20 à 30 ans) et à la durée de la maladie. Dans nos observations, nous voyons que les âges s'étagent de trente-quatre ans à une période très avancée de la vie. Le maximum de fréquence est de 50 à 60 ans.

La durée de la maladie, à dater des premiers symptômes, n'est pas toujours notée.

Elle est d'ailleurs très variable : de quelques semaines à cinq ans. Nous n'avons pas trouvé de cas dans lesquels le chiffre de dix ans, donné par Lebert, trouve sa confirmation. La durée moyenne est de quinze à vingt mois, c'est-à-dire un peu plus longue que celle du cancer épithélial.

Au point de vue du sexe, les hommes sont plus atteints que les femmes par cette affection : l'alcoolisme paraît absolument étranger à la pathogénie de la lésion.

Enfin le pronostic est toujours fatal.

(1) A. Mathieu. *Loc. cit.*

Symptomatologie et diagnostic. — Nous souscrivons à l'opinion de M. Mathieu au point de vue symptomatique. C'est à peine si, à l'étude des observations, certains signes peuvent donner une impression plus particulière, ne répondant pas exactement à l'idée clinique du cancer épithélial. Nous pensons que quand on les trouvera, ils pourront permettre un doute au clinicien, mais rarement le conduire au diagnostic.

Ces symptômes, qui nous semblent plus spécialement appartenir au cancer conjonctif, se trouvent répartis en quatre groupes :

1° Ceux qui tiennent à la forme de la cachexie ;

2° Ceux qui sont fournis par les troubles digestifs;

3° Ceux qui se rapportent à la tumeur ;

4° Ceux qui sont dus à l'existence de périodes de rémission.

Le principal des symptômes du premier genre est l'aspect général du malade.

Celui-ci, dans le dernier stade de la maladie, ne semble pas atteint de la cachexie cancéreuse classique « la coloration rosée des téguments, dit Trousseau, à propos d'un cas rapporté dans ses cliniques, est essentiellement différente du teint cachectique jaune paille des individus cancéreux. » Ce qui domine, c'est l'amaigrissement progressif, l'émaciation qui suivent l'anorexie plus ou moins complète. Il semble qu'on puisse attribuer ce phénomène au peu de substances résorbables que doit donner le néoplasme.

Trousseau semble dire que ce fait aurait dû lui donner l'éveil sur la nature, pour lui, non cancéreuse de l'affection. Ce n'était pas là, selon nous, un signe propre à établir cette distinction. La cachexie est différente suivant les tumeurs, comme aussi elle peut manquer.

« La cachexie proprement dite, n'appartient pas à toutes les tumeurs malignes, et de plus, chacune des tumeurs lui imprime une modalité spéciale ; et ces modalités sont fonction étroite de la biologie particulière des cellules elles-mêmes (1). »

Dans le cas des cellules conjonctives, les produits de sécrétion sont de peu d'importance ; leur résorption ne semble pas pouvoir produire des effets toxiques généraux.

Les vomissements sont alimentaires, muqueux parfois, mélaniques très rarement ; mais leur caractère le plus important consiste dans leur fréquence. Dans la plupart des observations, ils sont dits continuels ; enfin, ils suivent habituellement et immédiatement l'ingestion des aliments. On comprend, en effet, que l'influence d'une tumeur en nappe, occupant la presque totalité de la sous-muqueuse, doit être beaucoup plus grande sur le muscle stomacal, que celle d'une tumeur localisée, comme c'est le cas ordinaire pour les cancers épithéliaux. Enfin, les vomissements manquent quelquefois ou affectent une forme très spéciale (régurgitation), comme nous l'avons rapporté dans notre observation personnelle.

(1) Bard. *Loc. cit.*

Les auteurs qui se sont occupés de la question insistent beaucoup sur le signe différentiel qu'ils auraient pu tirer de la palpation épigastrique, si l'ensemble des autres symptômes ne les eût conduits presque fatalement au diagnostic de cancer ordinaire. Dans le cas de M. J. Teissier (1), que nous rapportons plus loin, il n'y avait pas à la palpation de tumeur appréciable; mais bien plutôt de la résistance et de l'induration. Trousseau (2) rapporte la difficulté qu'il eut, dans un cas de ce genre, à obtenir par la palpation un signe local : « En explorant, avec la plus grande attention et à plusieurs reprises la région épigastrique, je ne pouvais constater la présence d'aucune tumeur circonscrite. Toutefois quand, ayant la main sur le creux de l'estomac, je commandais au malade de faire de grandes inspirations, je sentais sous mes doigts une espèce de frottement qui me semblait produit par un estomac dont les parois auraient été indurées. » Dans d'autres cas, on a une tuméfaction de toute la région. Ce signe peut manquer; comme aussi on peut avoir la sensation d'une tumeur circonscrite non moins nettement que dans un cancer épithélial type.

En nous parlant du malade qu'il eut dans son service, M. le professeur agrégé Weill insista sur l'amélioration qu'il remarqua dans le cours de la maladie. Cette sorte de trêve se retrouve notée dans plusieurs de nos observations, sans que l'on puisse y trouver

(1) Teissier. *Lyon médical*, avril 1886.
(2 Trousseau. *Loc. cit.*

d'explication. Si l'on considère que la marche du cancer épithélial est progressive, pourrait-on peut-être voir dans ce phénomène un signe important pour le diagnostic différentiel.

Un symptôme qui fait rarement défaut est l'œdême des jambes; l'ascite est également souvent relatée. Nous ne ferons que signaler les douleurs épigastriques abdominales avec propagation dans les régions lombaire et dorsale : ce signe n'a rien de caractéristique.

Enfin, nous regrettons de ne pouvoir donner aucun détail sur le chymisme spécial au genre de dyspepsie qui accompagne le cancer conjonctif sous-muqueux. Nous ne serions pas étonné, sans apporter aucun fait à l'appui de cette manière de voir, qu'on rencontrât l'hyperchlorhydrie dans les premières périodes, par suite de l'excitation de la muqueuse, ce phénomène se transformant ensuite en anachlorhydrie, la muqueuse une fois détruite par l'extension néoplasique. Cette hypothèse est d'accord avec l'évolution anatomique des lésions, mais naturellement ne peut être vérifiée que par une étude clinique que les circonstances ne nous ont pas permis de faire.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
OBSERVATION I J. TEISSIER. « Pseudo-cancers de l'estomac. » (Article du *Lyon médical*, avril 1886.)	H.	55	Troubles dyspeptiques. Vomi ments alimentaires, glaireux, mél ques. Alcoolisme.
OBSERVATION II CHALVET. (*Bulletin de la Société anatomique*, mars 1859, p. 68.)	H.	70	Pas de symptômes notés.
OBSERVATION III FAUVEL. (*Bull. Soc. anat.*, mai 1858, p. 224.)	F.		Antécédents syphilitiques.
OBSERVATION IV HENROT. « Transformation fibreuse de la tunique musculaire de l'estomac, d'une partie du petit et du gros intestin. » (*Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 975.)			Parois de l'estomac résistantes doigt. Diarrhée chronique. Œdème jambes.
OBSERVATION V Service de M. M... « Affection organique de l'estomac, du foie et du péritoine. » (*Gazette des hôpitaux*, 1841, p. 649.)	H.	57	Douleur vers l'appendice xiphoï Vomissements rares, jamais noi ascite. Œdème des jambes. Symp mes de dyspepsie. Amaigrisseme progressif, enfin diarrhée abondante mort.

[DI]AGNOSTIC [DU]RANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
Cancer.		Hypertrophie cirrhotique de la paroi stomacale, avec érosion de la muqueuse.
		Ventricule rétréci, couches sous-muqueuses très épaisses. Muqueuse saine. Prolapsus pylorique de la muqueuse.
		Hypertrophie sous-muqueusé, surtout pylorique. Ulcérations de la muqueuse.
		Hypertrophie totale des tuniques sous-muqueuses. Sténose des deux orifices. Muqueuse saine au niveau de la grande courbure.
[On] a pensé à une [m]aladie du foie.	5 ans.	Estomac rétracté, à parois hypertrophiées. « La membrane muqueuse avait perdu son aspect ordinaire ; elle pouvait s'enlever par lambeaux ; au-dessous, tissu blanchâtre, épais, criant sous le scalpel, avec points

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
OBSERVATION VI BÉRAULT. (*Bull. Soc. anat.*, 1849 ,p. 10.)	H.	46	Vomissements. Tuberculose.
OBSERVATION VII SALSE. « Hypertrophie de l'estomac et du côlon transverse. » (*Bull. Soc. anat.*, 1844, p. 79.)	H.	32	Troubles dyspeptiques prolo Vomissements. Tumeur épigastri la pression, qui détermine du garg lement et de la douleur. Amaigr ment. Inappétence. Péritonite et
OBSERVATION VIII BOYER. « Hypertrophie de la membrane muscu-leuse de l'estomac. » (*Bull. Soc. anat.*, 1848, p. 49.)	H.	26	Vomissements intenses, colique lentes, ictère peu prononcé à div reprises. A l'hôpital, vomissem presque continuels, coloration des sclérotiques, puis symptôme péritonite suraiguë.
OBSERVATION IX BROCA. « Hypertrophie du pylore. » (*Bull. Soc. anat.*, 1850, p. 207.)	F.	50	Vomissements continuels. Am ment du symptôme à un mo donné, puis reprise. Tumeur à la

…GNOSTIC …ANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
		grisâtres transparents, formés par la tunique musculaire durcie et hypertrophiée. » Sillons blanchâtres, fibreux dans le foie. Lymphatiques du péritoine envahis (cordons noueux, blanchâtres faisant saillie). Péritoine viscéral et pariétal de l'abdomen, de la fosse iliaque, du petit basssin, offrait çà et là un grand nombre de granulations « évidemment formées par de la lymphe plastique grossièrement organisée. »
Cancer.		Épaississement pylorique sous-muqueux, sans ulcérations. Diagnostic à l'autopsie : cancer en voie de formation. Ch. Robin n'a pas trouvé d'éléments cancéreux.
…rnie de la …e blanche.		Hypertrophie sous-muqueuse et musculeuse de l'estomac, du côlon transverse, et hypertrophie cellulaire du méso-côlon. Pas d'altérations de la muqueuse stomacale.
	2 mois.	Hypertrophie de la tunique musculeuse de l'estomac, infiltration de la sous-muqueuse, qui a un aspect gélatineux. Épaississement et état mamelonné de la muqueuse.
Cancer.	Plusieurs années	Hypertrophie de toutes les tuniques sous-muqueuses de l'estomac. Aucun suc, ni par le grattage, ni par la pression.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SYMPTOMES
			pation, dans la région pyloriqu d'hématémèse. Anasarque, mar
OBSERVATION X (inédite) Due à la bienveillance de M le professeur agrégé Weill.	H.	59	Ulcère de l'estomac proba 41 ans, ayant laissé des dispos aux vomissements. Depuis troi troubles dyspeptiques. Depuis six affaiblissement, perte des forces ; natives de diarrhée et de constip coliques. Depuis six semaines, dou abdominales et dorsales presque nuelles. Inappétence, vomisse pituiteux.
OBSERVATION XI (inédite) Communiquée par M. Weill.	F.	77	Aucun antécédent. Depuis temps inappétence. Coliques da région du foie. Pas d'hématémè mœlena. Depuis deux mois, tro plus accentués. Ascite particuli reproduisant souvent. Vomisse alimentaires tous les soirs. Ano complète. Amaigrissement ma Jamais de fièvre. Œdème des ja Un vomissement noir.

GNOSTIC ANT LA VIE	DURÉE DE LA MALADIE	AUTOPSIE
		La muqueuse a conservé sa mollesse; pas d'ulcérations. Aucune augmentation de volume des ganglions lymphatiques. Pas d'adhérences de la séreuse avec les organes voisins. C'est de l'hypertrophie *mêlée à une grande quantité d'éléments fibro-plastiques.*
Cancer.	3 ans.	Cancer sous-muqueux de la région pylorique, du hile du pancréas et des canaux biliaires. Tissu lardacé épais de 1 centimètre.
Cancer.		Cancer sous-muqueux du pylore. Adhérences multiples de l'estomac et du gros intestin, avec points rétrécis. Granulations blanches sur le péritoine. Tissu en couche épaisse, dur et lardacé.

CONCLUSIONS

1° L'estomac présente, à côté des cancers épithéliaux, les plus fréquents et les mieux connus, des cancers d'origine conjonctive à développement sous-muqueux dont la structure répond, pour les formes embryonnaires, à la description classique du sarcome fusiforme.

2° Ces cas présentent un aspect macroscopique qui les a fait englober dans l'ensemble un peu complexe des faits décrits sous le nom de linite plastique, de sclérose hypertrophique sous-muqueuse avec rétro-péritonite calleuse, de gastrite chronique interstitielle à tendance hypertrophique, d'hypertrophie simple, etc.

3° Il importe de distinguer les cancers conjonctifs sous-muqueux des véritables inflammations chroniques, ainsi que des cancers épithéliaux diffus sous-muqueux et des cancers musculaires.

4° Des faits publiés, il résulte que l'évolution clinique diffère peu de celle des cancers épithéliaux avec

lesquels du reste les cancers conjonctifs ont beaucoup d'analogies anatomiques. Les caractères de la cachexie et la présence fréquente de périodes de rémission semblent à peu près seuls constituer jusqu'à présent des caractères différentiels. Le tableau clinique ne pourra être plus nettement précisé que quand on sera en possession d'un certain nombre d'observations suffisamment complètes et dans lesquelles la nature de lésion aura pu être établie par un examen histologique.